

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1896

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 4 mars 1896 à 1 heure

Par R. LE FOURNIER
Né à Paris, le 14 août 1870
Ancien externe des hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance publique

LA MORT
DANS
L'HYSTÉRIE

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. TERRIER, professeur.
DELBET, GILLES DE LA TOURETTE, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1896

178

178

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556007_0051

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 4 mars 1896 à 1 heure

Par R. LE FOURNIER

Né à Paris, le 14 août 1870

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

LA MORT

DANS

L'HYSTÉRIE

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. TERRIER, professeur.
DELBET, GILLES DE LA TOURETTE, agrégés.*

*L'andidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDÉL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBÈNE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladie des enfants	G. SEE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	HAYEM.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	JOFFROY.
Clinique ophthalmologique	FOURNIER.
Clinique d'accouchements	RAYMOND.
	TILLAUX.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÈNECIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WAETHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTNER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin des hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

LA MORT DANS L'HYSTÉRIE

Avant de commencer ce travail, nous tenons à remercier vivement celui qui nous l'a inspiré : M. le professeur agrégé Gilles de la Tourette qui fut notre maître l'année dernière à l'hôpital Cochin. C'est lui qui sut nous faire saisir les problèmes parfois si ardues que présentent les maladies du système nerveux ; il nous apprit à déchiffrer un malade et nous montra comment, par un examen attentif et raisonné, on arrive à un diagnostic sûr. Nous le remercions bien sincèrement de ses conseils éclairés et bienveillants.

Nous n'oublierons pas ceux qui furent nos premiers maîtres. M. le professeur Duplay et le Dr Campenon qui nous donnèrent les premières notions de chirurgie, ainsi que M. le Dr Desprès qui pendant notre année d'externat chez lui nous apprit tant de pratiques si utiles.

Nous garderons toujours un excellent souvenir de l'enseignement de M. le Dr Millard au début de nos études, de M. le Dr Ballet lorsque nous étions son externe à l'hôpital Saint-Antoine, de M. le professeur Grancher, ainsi

que de celui du Dr Marfan, pendant l'année passée par nous à l'hôpital des Enfants-Malades.

Nous assurons de toute notre gratitude M. le professeur Pinard dont nous sommes heureux d'avoir été l'externe à la Clinique Baudelocque; c'est à lui que nous devons nos connaissances d'obstétrique.

M. le professeur Fournier a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse; nous le prions de bien vouloir agréer ici nos remerciements les plus vifs et les plus respectueux.

Nous ne saurions oublier M. le Dr Sollier qui nous aida de ses conseils, nous lui en sommes très reconnaissant.

PRÉFACE. — HISTORIQUE

Longtemps il fut admis dans la science médicale que l'hystérie était une maladie n'entraînant jamais la mort. En effet, les auteurs anciens, qui ne connaissaient de celle-ci que les formes convulsives, avaient à juste titre remarqué la disproportion existant entre la violence des attaques et leur terminaison d'ordinaire bénigne. Ils en avaient tiré cette conclusion que l'hystérie n'était jamais mortelle.

Cependant Vésale, l'un des premiers, publia un cas d'hystérie suivi de mort; c'était celui d'une femme morte par étouffement de matrice (*utéro-strangulatus*), qui à cette époque était synonyme d'hystérie (1).

Après lui nous trouvons disséminés dans la science quelques faits mortels au cours de paroxysmes hystériques, faits réunis par M. Landouzy, de Reims, dans son *Traité de l'Hystérie*, publié en 1846.

Malgré ceux-ci le plus grand nombre des auteurs

1. Vésale. *Andreæ Vesalii Bruxellensis Scholæ medicorum Patavinæ professoris de humani corporis fabrica, libri septem, Basileæ*, livr. V, chap. XV, page 538.

anciens s'accordent à regarder l'hystérie comme plus effrayante que dangereuse.

Encore au commencement de ce siècle, les défenseurs de la théorie ancienne étaient nombreux, parmi lesquels, Dubois d'Amiens, Bouillaud, Foville, Grisolle; ils avaient pour adversaires, Morgagni, Piorry, Briquet, Georget, Landouzy.

Jaccoud, dans son *Traité de Pathologie*, dit formellement : « Si dans la majorité des cas cette névrose ne menace pas la vie, il n'est pas moins vrai qu'elle peut tuer de deux manières soit par une mort subite que les autopsies n'expliquent pas, soit par des hémorrhagies cérébrales causées par la violence des attaques. »

Pour Rosenthal la mort peut survenir par suffocation pendant des crises de spasmes de la glotte, par hémorrhagie cérébrale ou par syncope.

Grasset, lui aussi, affirme la possibilité d'un dénouement fatal lorsqu'il dit : « Il faut bien savoir que l'hystérie peut rarement se terminer par la mort ; on trouvera dans les auteurs un certain nombre de faits, de malades morts dans l'attaque par suffocation ou ayant succombé au marasme progressif d'une hystérie prolongée. »

Nous désirons montrer dans ce travail que l'hystérie, loin d'être une maladie dont le pronostic est toujours favorable, peut par divers mécanismes mettre quelquefois la vie en danger.

Nous écarterons tout d'abord les accidents mortels provoqués par les contusions et les fractures que se font les malades en se débattant durant le paroxysme convulsif.

Nous décrirons seulement l'attaque de spasmes dans

laquelle la violence des phénomènes convulsifs a tué par spasmes de la glotte ou aurait pu tuer si l'on n'était pas promptement intervenu.

Enfin pour terminer ce chapitre nous ferons quelques considérations sur le danger de l'hypnotisation faite sans précaution et pouvant amener des attaques de spasmes mortels.

Il est une manifestation hystérique, l'anorexie, qui arrivée à son point ultime peut elle aussi entraîner l'organisme à une telle déchéance que la mort arrive par inanition.

Il est nécessaire de dire que ceci est moins rare qu'on ne le pense généralement ; et que la théorie, voulant faire des hystériques des individus pouvant vivre sans manger, est fausse ; c'est aux recherches de MM. Gilles de la Tourette et Cathelinau que nous devons de pouvoir détruire ce préjugé si souvent funeste aux malades.

Nous citerons en terminant des cas mortels produits par quelques conséquences éloignées de l'hystérie.

CHAPITRE PREMIER

Il est une forme dans l'attaque hystérique où les phénomènes spasmodiques du début deviennent très marqués et dominant la scène.

La sensation de la boule hystérique de l'aura devient tellement forte que les malades suffoquent réellement et semblent près de périr étouffés.

Celui qui décrit le mieux dans ces derniers temps l'attaque de spasmes, ce fut Briquet, et nous devons citer ici le tableau qu'il en donne.

« La véritable attaque spasmodique, dit-il, celle qui se comporte à la manière d'une attaque convulsive, se compose à peu près des mêmes éléments, seulement ils prennent un degré plus élevé que les précédents. La femme qui va être prise de ces attaques devient irritable, mécontente d'elle et des autres, très irascible, ou bien si elle est d'un naturel calme elle tombe dans une sorte d'humeur noire ; puis elle éprouve des baillements, des pandiculations, un malaise indéfinissable parcourt ses membres. Au bout de quelques heures de cet état d'anxiété, l'épigastre se

serre, il semble qu'un poids considérable presse la région épigastrique ou qu'une corde serre la base de la poitrine; une douleur déchirante se fait sentir en cet endroit, les palpitations se déclarent pendant lesquelles le cœur semble se soulever et venir repousser la tête du médecin qui applique son oreille sur la région précordiale, la violence des battements et le sentiment de souffrance est si grand que le malade a peur que son cœur ne se rompe dans sa poitrine; ces battements sont rapides et précipités, les muscles de la poitrine bien que convulsés et faisant éprouver le sentiment de suffocation se contractent néanmoins très rapidement et précipitent la respiration au point de donner 100 respirations par minute; des douleurs vives se font sentir dans les côtés et dans le dos, une sensation très douloureuse semble monter de la gorge sous forme de globe et arrivée y provoque une strangulation qui cause les douleurs les plus vives pendant lesquelles la malade semble près d'étouffer; alors la déglutition devient impossible, une violente douleur éclate dans la tête, les mains s'agitent, se crispent involontairement, l'intelligence néanmoins se conserve toute entière. Cet état de souffrance est quelquefois porté à un degré extrême, il dure un temps qui varie de quelques minutes à quelques heures; puis les sanglots éclatent, les pleurs surviennent, les urines coulent claires et abondantes et tous les accidents se calment. Ils ne laissent après eux que la céphalalgie, des douleurs à l'épigastre et dans le dos, et un sentiment de brisement dans tous les membres. »

Ces attaques de spasmes telles que les décrit Briquet,

étaient connues depuis longtemps et nous verrons par les observations recueillies par Landouzy que Morjagni et les autres n'en ignoraient pas la gravité.

Le type pris par Briquet dans sa description est une femme, mais disons-le ces spasmes se trouvent tout aussi bien dans l'hystérie masculine, et même chez les enfants comme chez le petit malade, dont l'observation nous a été confiée par M. le Dr Sollier.

Quelquefois l'attaque de spasmes revêt des caractères particuliers, le spasme du pharynx et de l'œsophage est tellement prononcé et douloureux, que la moindre goutte de liquide détermine des douleurs très vives. Le malade semble être en proie à de véritables crises hydrophobiques; le cas est d'autant plus à signaler, comme l'a montré M. le Dr Gilles de la Tourette, que ces crises peuvent survenir à la suite d'une morsure de chien chez un sujet hystérique.

Ces accidents rabiques simulés doivent être rangés dans l'attaque de spasme.

Souvent les contractures siègent à la glotte, tantôt sous forme d'attaque paroxystique pouvant se terminer par la mort comme nous en citerons un cas, tantôt sous forme de phénomènes durables et constants comme dans le cas cité par M. Bessière (1) dans les *Annales médico-psychologiques* de 1890.

Ce dernier rapporte l'observation d'une femme qui fut prise à l'âge de 22 ans d'accidents semblables à ceux que Briquet décrit; accidents qui durèrent plusieurs jours

1. Bessière. Contribution à l'étude du spasme laryngé hystérique (*Annales Médico-psychologiques*, mars 1890, page 219).

entrecoupés d'intervalles où le spasme laryngé persistait et gênait la respiration, quand l'élément spasmodique disparut il resta une contraction des muscles adducteurs de la glotte occasionnant un tirage « dont l'intensité dépassait tout ce que l'on pouvait imaginer ».

Quand il s'agit d'expliquer l'origine de ce cornage et de cette dyspnée on se heurte à de grandes difficultés.

Pour certains ce serait une paralysie (Dufour; *Paralysie des dilatateurs de la glotte*, thèse Montpellier, 1891) et le cornage serait dû à l'action des muscles adducteurs antagonistes, et peut-être à leur contracture.

M. Gouguenheim dans son article sur les *Névroses du larynx* du *Progrès Médical*, de 1883 (1), constate la difficulté d'une affirmation et finit en disant: « Je n'admets pas dans le second cas (le cas où les cordes vocales sont rapprochées en adduction) qu'il y ait paralysie des dilatateurs, je crois plutôt que les mêmes muscles qui sont ordinairement paralysés, les crico-thyroïdiens sont alors contracturés; du reste ceci n'est pas absolument rare de voir chez les hystériques les contractures succéder aux paralysies.

Pourquoi le larynx échapperait-il à la règle, ici comme ailleurs, du reste, le trouble initial peut être le spasme aussi bien que la paralysie.

L'explication que je donne est donc logique et conforme à la pathologie générale de l'hystérie. »

Au fond nous nous rangeons de l'avis de M. Gilles de la Tourette lorsqu'il dit qu'il ne s'agit pas dans l'hystérie

1. Gouguenheim, *Des névroses du larynx*, Progrès médical, 1883, p. 7.

d'une action nerveuse, portant sur le laryngé supérieur, à l'exclusion du laryngé inférieur et *vice-versa*, mais bien d'une action centrale qui intervient pour produire des phénomènes beaucoup plus en bloc.

Dans certains cas tels que l'observation de M. Chaput (1) (*Archives de laryngologie*, 1890) on voit que la sténose peut siéger plus bas que le larynx.

Landgraaf (2) (*Deut. Med. Woch.*, 1890) publia aussi l'observation d'un homme ayant du cornage, lequel cessa après le tubage de la trachée et des grosses bronches.

La durée des attaques de spasmes est fort variable, d'une 1/2 heure à deux heures et même plus; lorsqu'elles durent longtemps elles peuvent épuiser le malade, surtout si celui-ci est un enfant; et mettre sa vie en danger par la fatigue extrême qu'elle occasionne.

Leurs répétitions sont tout aussi variables; elles peuvent être quotidiennes, se présenter en série; cependant il est rare de les voir d'une façon continue, c'est-à-dire constituer une espèce d'état de mal; probablement parce que les phénomènes entraîneraient des accidents graves sinon mortels.

Il est à remarquer, et Briquet l'avait bien vu, que les hystériques ayant des attaques de spasmes faisaient rarement d'autres paroxysmes. En effet, suivant l'expression de M. Gilles de la Tourette, ces malades « coulent leurs attaques constamment dans le même moule ».

1. Chaput (*Cornage et accès de suffocation chez un hystérique mâle. Spasme de la trachée. Trachéotomie. Guérison. Arch. de laryngologie*, août 1890, page 230).

2. Landgraaf. *Deut. Med. Wochens* (1890), page 43.

Lorsque l'attaque doit se terminer favorablement, ce qui est la généralité, les malades, après le brisement qui suit l'attaque, éprouvent une sensation de bien-être qui suit tous les paroxysmes hystériques.

Il semble que l'attaque soit la soupape par où s'échappe le trop plein de l'excitation nerveuse.

Mais les spasmes ont un autre pronostic bien autrement sévère; Briquet le connaissait bien lorsqu'il le décrivait sous le nom de suffocation pseudo-croupale capable de se produire par accès.

« Il naît de là une suffocation qui se manifeste par accès et peut amener une mort imminente, on a été quelquefois obligé d'avoir recours à la trachéotomie; cet accident ne doit pas être excessivement rare, je l'ai vu *deux fois*.

Peut-être ces attaques de spasmes sont-elles plus dangereuses pour les gens porteurs de lésions cardiaques, et une syncope mortelle serait-elle plus à craindre chez eux que chez d'autres.

Dans nos recherches nous avons trouvé un certain nombre de cas mortels, qui semblent être bien dus aux paroxysmes spasmodiques de l'hystérie convulsive.

Morgagni a publié les faits suivants : Obs. I. — « La malade était hystérique, elle avait depuis longtemps des attaques convulsives, puis elle fut prise de nymphomanie, et il survint des spasmes horribles pendant lesquels la gorge se fermait et amenait une grande dyspnée. Elle mourut inopinément dans un de ces spasmes. » Il n'est relaté,

dans l'autopsie qui fut faite avec soin, que de petits kystes séreux sur l'ovaire (Morgagni)(1).

La deuxième observation a trait à une hystérique alcoolique.

Obs. II. — Femme publique, d'environ 40 ans, de la plus basse extraction, impudique et adonnée au vin, d'une taille ordinaire et d'une habitude de corps saine et grasse. Elle était sujette même pour des causes légères, à la crainte, à la suite de laquelle elle tremblait et tombait presque en défaillance, elle vomissait souvent, en sorte qu'elle ne gardait aucune nourriture solide. Morgagni questionna la famille; il apprit, dit-il, que cette femme ne s'était jamais plainte de la tête ni du cœur, dont elle n'avait jamais éprouvé de violentes pulsations, ni d'aucune affection, et qu'elle n'avait jamais été atteinte d'inflammation de poitrine.

L'incommodité dont elle se plaignait uniquement consistait dans des affections de l'utérus qui, à ce qu'elle prétendait, se remuait d'un côté et de l'autre dans son ventre et lui montait à la gorge en lui donnant lieu quelquefois à un sentiment de suffocation dont pourtant elle était promptement délivrée. A la fin de décembre de l'an 1700 elle se plaignit sur le soir que les côtes lui tombaient pour ainsi dire et ordonna qu'on appelât une femme qui comme le peuple le croyait savait les relever.

Après avoir dit vers l'aurore qu'elle était prise d'une affection hystérique très grave, et que l'utérus qui se

1. Morgagni. *Edition de l'Encyclopédie des sciences médicales*, t. III, 1838. *De la montée de l'utérus*, 45^e lettre, § 19, p. 64.

remuait d'un côté et de l'autre lui était déjà monté à la gorge et la suffoquait, elle mourut dans l'espace d'une ou deux heures au plus, sans aucune écume à la bouche, et sans avoir été agitée d'aucuns mouvements convulsifs qui eussent été observés par les assistants ».

L'autopsie fut faite par Morgagni et Santorini dix heures après le décès. Il existait une sclérose cardiaque manifeste, de l'athérome léger de l'aorte, de la sclérose pulmonaire avec adhérence pleurale.

En voyant cette observation il n'est pas défendu de penser qu'avec une semblable lésion au cœur, de violents accès de spasmes purent efficacement contribuer à la terminaison fatale.

Landouzy dans son *Traité de l'hystérie* a rassemblé plusieurs cas de mort dans l'hystérie, il cite un cas de Bonnet, un cas de Graaf, de Willis et de Bauhin, etc. Outre que ces observations sont publiées sans détails aucuns, leurs diagnostics nous ont semblé trop douteux pour que nous les rapportions ; bien des fois ce sont des attaques d'éclampsie qui furent prises pour des attaques d'hystérie.

Nous arrivons à un fait intéressant que Rullier (1) rapporte dans sa thèse sous le titre *d'observations et remarques*, touchant une attaque d'hystérie qui entraîna la mort de la malade.

Obs III. — Jeune fille âgée de 15 ans, réglée, bien portante et bien développée, n'ayant éprouvé d'autre affection

1. Rullier. *Recherches, Observations et Propositions sur quelques sujets de médecine et de chirurgie*. Thèse de Paris, 1808, page 29.

qu'une violente attaque de convulsions qui lui survint à l'âge de huit ans et qui ne s'était plus renouvelée.

À la suite d'une frayeur la malade vit ses règles se supprimer, aucun trouble ne survint, mais à l'époque suivante la malade ayant éprouvé une grande fatigue, ressentit un malaise général, de l'engourdissement dans les jambes et dans les cuisses et une grande soif ; les règles qui n'avaient fait que paraître cessèrent de couler.

Le lendemain cet état fut aggravé vers le soir par un sentiment de strangulation tel que l'aurait déterminé un collier très serré ; la respiration devint fort gênée, la région hypogastrique était le siège d'un gonflement très marqué.

Les parties génitales étaient très tuméfiées, les membres et le tronc étaient agités de mouvements convulsifs répétés ; la contraction et le spasme du pharynx ne permettaient pas à la malade de prendre la moindre quantité de liquide, quelque besoin qu'elle ressentit d'en boire et quelques efforts qu'elle fit pour y parvenir cela lui devint toujours impossible. Il y eut durant cet accès une excrétion abondante d'urine claire et limpide.

Le lendemain, conduite à l'Hôtel-Dieu, voici l'état dans lequel elle était : la suffocation et l'anxiété étaient portées jusqu'au désespoir.

Cette jeune fille se lamentait et poussait à tout instant des cris aigus, elle se plaignait constamment d'être étranglée, sa voix était cependant peu changée. Elle conservait d'ailleurs toute sa raison et répondait juste aux questions qu'on lui faisait.

Les mouvements convulsifs de toutes les parties conti-

nuaient, ils étaient extrêmement fréquents et étendus. L'abdomen s'élevait et s'abaissait d'une façon très considérable. La malade portait à tout moment la main à son cou comme pour en arracher le fatal collier. De même que la veille, elle ne put prendre aucun liquide, elle pria instamment qu'on cessât de lui en présenter tant était considérable la douleur qu'elle éprouvait au pharynx lorsqu'elle essayait d'avaler. La gêne de la respiration était inexprimable et à tous moments il y avait menace de suffocation.

Le pouls était serré, très fréquent et irrégulier. Les mouvements du cœur offraient les mêmes caractères, ils étaient fort sensibles au tact et à la vue; la face était rouge et couverte de sueur. Cette malade expira à quatre heures du soir au milieu d'une violente exacerbation en prononçant qu'elle était étranglée.

On ne fit durant le peu d'heures qu'elle demeura à l'hôpital rien pour prévenir cette catastrophe. »

Autopsie faite par Rullier et Blainville. — Tout fut examiné avec soin, les organes étaient sains, l'encéphale et la moelle n'avaient aucune altération et Rullier ajoute, tout nous porte à croire que la mort a commencé par le poumon et qu'un état de contraction spasmodique de la part de cet organe peut en être regardé avec quelque fondement comme la cause déterminante.

Dans le livre de Briquet, nous avons recueilli les deux observations suivantes, l'une due à Piorry, l'autre à Briquet lui-même.

OBS. IV. — Jeune femme affectée de névralgie inter-

costale avec hypertrophie de la rate, et fièvre intermittente résistant au sulfate de quinine. De plus, elle avait des douleurs hypogastriques et inguinales.

Un jour, cette femme en descendant au jardin, fut prise d'un paroxysme violent avec sentiment de suffocation ascendante, pendiculations, perte incomplète de connaissance.

Cet accès dura 5 minutes. Le second jour, deuxième accès, avec convulsions épileptiformes et la malheureuse succomba inopinément.

Autopsie. — Rien au cerveau, rate longue de 0,12 centimètres et très grosse, ovaires doubles de leur volume avec aspect noirâtre et quelques foyers hémorrhagiques.

Utérus sain.

Du sang dans les vaisseaux; pas d'écume dans les bronches.

Obs. V. — Voici la deuxième observation de Briquet.

Cécile C..., 16 ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Mise en apprentissage, elle s'ennuyait et à la suite de cet ennui, elle eut des crampes dans les mains et dans les jambes. Ces souffrances allaient en augmentant lorsqu'elle avait des contrariétés; les douleurs s'exagéraient alors, et elle avait de l'agitation. Elle tomba malade et fut prise sans cause de symptômes prémonitoires, de fièvre typhoïde, céphalalgie, agitation nocturne, diarrhée, prostration, etc...

Elle entra à l'hôpital et là on remarqua ce qui suit :

« C'était une enfant chétive, non réglée; ayant souvent des symptômes hystériques.

Elle ressentait fréquemment une sensation de contraction à la gorge, des douleurs à la région épigastrique, à gauche au niveau des côtes asternales et aux gouttières vertébrales depuis les vertèbres dorsales jusqu'aux dernières vertèbres lombaires.

Ces douleurs étaient augmentées par la pression.

Engourdissement et fourmillement dans les membres supérieurs, les doigts des deux mains à demi-fléchis et raides comme dans une crampe. La chair des muscles de l'avant-bras était un peu douloureuse. On remarquait également ces symptômes dans les membres inférieurs.

Comme signes de fièvre typhoïde, il y avait de la céphalalgie, de la titubation, une langue caractéristique, des râles aux poumons, de la diarrhée, le ventre tendu, la rate tuméfiée, de la prostration, mais pas de taches lenticulaires.

Pendant 16 jours, rien de particulier, amendement de la fièvre typhoïde.

Puis elle fut prise subitement de convulsions épileptiformes et succomba vers le milieu de la nuit.

A l'autopsie, on trouva les veines cérébrales gorgées de sang.

Les sinus de la dure-mère remplis de sang coagulé, le reste du cerveau très sain.

Moelle intacte.

De plus, des lésions de fièvre typhoïde. Plaques de Peyer: Engorgement du poumon.

Cœur mou. Utérus petit et pâle.

Ovaires petits et mous.

Toujours dans Briquet nous trouvons d'autres cas avec terminaison fatale ; malheureusement, nous n'y trouvons pas tout ce luxe de détails que nous avons dans les observations de nos jours. Aussi pourront-ils toujours être contestés.

OBS. VI. — Voici un cas publié par Royer-Collard (1) et extrait des *Mémoires de la Société médicale d'Edimbourg*.

Il s'agit d'une hystérique atteinte de spasmes de l'œsophage qui durèrent plusieurs années et qui amenèrent la mort par épuisement.

A l'autopsie, l'œsophage fut trouvé sain.

OBS. VII. — Dans les *Mémoires de la Société de médecine du département de la Seine*, on trouve une observation de Jacques (2) où :

Une dame de 36 ans, admise à la Charité, hystérique confirmée, avait des vertiges, des malaises, des convulsions, des strangulations avec perte de connaissance.

Les accès se terminaient par des pleurs, des sanglots et une émission d'urines abondantes.

Dans l'intervalle elle avait une faiblesse extrême, des hoquets et des vomissements. Puis l'état empira et la malade ne put plus quitter le lit. Les œdèmes apparurent, les membres inférieurs se couvrirent de pétéchies

1. Royer-Collard, *Mémoires de la Société médicale d'Edimbourg*.

2. Jacques, *Société de médecine du département de la Seine*, tome 29.

et d'ecchymoses, et elle mourut au bout de deux ans d'hystérie. A l'autopsie rien de remarquable, sauf quelques ecchymoses sur le tube digestif. Etat mou et poisseux des muscles.

Arrivons maintenant au cas si intéressant communiqué par Maurice Raynaud (1) à la Société médicale des hôpitaux, le 28 janvier 1881.

Obs. VIII. — Femme de 33 ans, ayant de l'eczéma chronique des pieds ; femme manifestement hystérique à forme convulsive avec pleurs et strangulation.

En 1876, Maurice Raynaud assista à l'explosion de grands accidents hystériques à forme hydrophobique. La malade était en proie à une soif ardente, l'œil hagard, avec l'expression de la terreur et du désespoir, poussant jour et nuit des gémissements affreux et tourmentée par un spasme pharyngé tel que, pendant plusieurs jours, il fut impossible de lui faire avaler une seule goutte de liquide. Le seul fait d'approcher un verre de ses lèvres lui causait de violents tressaillements. Les choses allèrent au point que, dans l'entourage de la malade, on eut pour sa vie des craintes qui étaient justifiées par ces apparences. Cet état violent finit pourtant par se dissiper.

Ces accidents ayant été calmés par la morphine, la malade devint morphinomane et, malgré les défenses de M. Raynaud, les doses quotidiennes ne furent jamais

1. Notes sur un cas de mort paraissant avoir été causé par un accès d'hystérie à forme hydrophobique. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôp. de Paris*. Tome XVIII, 28 janvier 1881, page 43.

moindres de 0,10 et 0,12 centigrammes et souvent doubles.

Cette femme avait de l'insomnie habituelle, une menstruation irrégulière. Elle présentait un point ovarien, de l'hyperesthésie généralisée, pas d'anesthésie.

Le 22 janvier 1881. — Après une petite opération à la suite d'un ongle incarné, la malade fut prise d'étouffements ; l'auscultation pourtant ne révélait rien. Le soir, la température atteignit 39°.

Le lendemain et les jours suivants elle ne dépassa pas la normale.

Au niveau de la troisième vertèbre dorsale existait une douleur à la pression. Je conclus, dit Raynaud à l'existence d'un clou hystérique.

Sensation pénible remontant de l'estomac au gosier.

Le 23. — La douleur dorsale avait disparu ; mais une douleur plus atroce encore siégeait à la nuque et empêchait le moindre mouvement du cou.

Soif très vive mais impossible à satisfaire à cause du spasme pharyngien : non seulement, la malade ne pouvait plus déglutir la moindre goutte de liquide, mais elle ne souffrait pas que l'on approchât le verre de ses lèvres. Une anxiété extrême complétait le tableau de l'hydrophobie rabique. La parole était saccadée, le trismus permettait à peine l'articulation des mots. Pendant deux jours, les symptômes s'aggravèrent, les règles réapparurent ; de temps en temps, accès de spasmes des muscles respiratoires, sorte de hoquet. Un lavement de chloral amène un peu de calme ; aucun médicament ne peut être pris par la bouche.

Le 24. — La situation s'aggrave ; le trismus devient énorme, le visage est hideux, les muscles de la face sont contracturés, le spasme respiratoire est tel que la parole est impossible, mais la malade a toute sa connaissance. Pendant un de ces accès, menace d'asphyxie, la face devient livide et le pouls petit.

Dans la matinée du 25, reprise des accidents asphyxiques, trismus effrayant, cyanose, pouls petit, une bave épaisse s'écoule. Tous les efforts pour pratiquer la respiration artificielle sont infructueux.

La malade qui avait toujours sa connaissance commence à la perdre. Quelques mouvements convulsifs se montrent dans les membres inférieurs. La face pâlit, les pupilles se dilatent, puis elle meurt. Cette dernière scène avait duré une demi-heure.

M. Raynaud discute soigneusement le diagnostic :

1° Avec la rage : il n'y a ni délire, ni hallucination, d'ailleurs l'inoculation aux lapins ne donne rien ;

2° Avec le tétanos. Ici, pas de contractures généralisées, pas d'élévation de la température ;

3° Il écarte aussi la méningite cérébro-spinale, à cause de l'absence de la fièvre et de l'hyperesthésie ;

4° Enfin, il n'y avait rien dans les urines, ce qui éloigne toute idée d'urémie.

Alors, M. Raynaud n'hésite pas à attribuer la terminaison fatale à l'hystérie, tout en remarquant très judicieusement que la malade qui n'avait pas succombé aux mêmes accidents cinq ans auparavant, était devenue depuis morphinomane, et que c'était peut-être cet élément qui avait fourni l'appoint fatal.

M. Comby (1) a récemment publié un cas curieux d'hystérie convulsive terminé par la mort.

Obs. IX. — Femme de 42 ans, passementière, entre à l'hôpital, le 5 octobre 1892. Elle est forte, vigoureuse et bien constituée; a eu trois grossesses. Depuis sa première grossesse est devenue énorme, mais n'a jamais eu d'attaques d'hystérie.

Depuis un an, elle éprouve de la lassitude, elle manque d'énergie et est continuellement fatiguée.

Il y a quinze jours, elle fut prise brusquement d'une faiblesse du bras et de la jambe gauches qui disparut par une friction à l'alcool.

Deux semaines après elle fut prise du même engourdissement au bras et à la jambe droite.

On la porte à l'hôpital et l'on constate une hémiplegie droite sans participation de la face.

Cette paralysie n'est pas absolue.

L'examen des viscères ne présente rien d'anormal. Les urines ne contiennent pas d'albumine. La malade a conservé l'appétit, elle parle nettement, bien que la paralysie siège à droite. On prescrit des applications d'électricité faradique sur les membres. En effet, après quelques séances, la malade pouvait marcher et se servir de son bras.

Quand, à la suite d'une émotion violente, elle présentait ces attaques qui ont abouti à la mort.

Le 17 octobre. — Elle se trouvait bien quant à la suite de

1. Comby, Soc. méd. des hôpitaux, 22 novembre 1892.

la visite de ses parents elle devint triste, se coucha puis commença à délirer. Elle eut une attaque à grands mouvements et on fut obligé de l'attacher dans son lit. La malade se plaint d'étouffer et d'avoir une boule qui lui remonte au cou. Elle meurt à une heure du matin après une troisième attaque, en accusant toujours une sensation de boule.

On fit l'autopsie qui donna un résultat négatif. Cerveau sain, sans trace de foyer hémorragique ancien ou récent. Méninges intactes.

Rien du côté du cœur, ni des vaisseaux. Rien aux poumons. Reins sains. Sur les ovaires quelques petits kystes.

En dernière analyse, dit M. Comby, nous avons été forcé d'admettre que la malade était morte d'hystérie.

Dans le *Lyon Médical* nous trouvons une communication de M. Humbert Mollière (1) à la suite de laquelle on lit le cas suivant :

OBS. X. — Femme de 39 ans, bien constituée, entre à l'hôpital de la Croix Rousse pour des signes d'embarras gastrique. Dans ses antécédents héréditaires aucune manifestation de névrose. Elle eut trois accouchements normaux. Réglée à l'âge de 12 ans elle le fut toujours régulièrement. Depuis trois ans cette femme éprouve une sensation de boule dans le gosier, sensation accompagnée de cris, d'agitation et de perte de connaissance. Au début ces crises étaient rares, puis elles sont devenues plus fré-

1. Humbert Mollière. *De la mort subite pendant la crise hystérique.* *Lyon Médical*, no 43, 1883.

quentes : elles durent quelquefois dix minutes et sont remplacées par des éructations. A son entrée à l'hôpital la malade eut une crise pendant laquelle le pouls était fort et ralenti, la face pâle, les pupilles médiocrement dilatées, on ne constate pas d'écume à la bouche ni morsure de la langue. Le 17 mai crise violente, la malade se lève, pousse des cris et tombe inanimée sur son lit. La pâleur de la face était mortelle, le pouls et la respiration suspendus, on flagella la face, on fit la respiration artificielle et la malade revint à la vie. Deux heures après nouvelle crise moins violente et de plus courte durée. Le lendemain quatre crises semblables ; entre ces crises la malade semblait être dans son état normal. Le jour suivant deux nouvelles crises avec cris et agitation. Enfin dans un dernier accès la malade tomba de son lit et ne donna plus aucun signe de vie ; rien ne put la ramener. L'autopsie fut faite 24 heures après la mort, elle donna des résultats absolument négatifs. Rien au cerveau ni au bulbe. Le cœur et les poumons étaient sains, les reins aussi. Les ovaires sont atrophiés comme chez les femmes de cet âge ; mais pas de tumeur ; utérus petit et sain. Pas d'athérôme dans les artères. A la suite de cette observation M. Mollière ajoute quelques réflexions : La mort subite par asphyxie, dit-il, est assez fréquente dans l'épilepsie ; on l'a vue survenir dans des cas de laryngite striduleuse ; qu'y a-t-il d'étonnant que l'exagération du laryngisme qui est la règle dans la crise hystérique, atteigne un paroxysme susceptible de s'opposer entièrement à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires et déterminer de la sorte une asphyxie définitive ?

Quelquefois l'intervention rapide a pu permettre de sauver quelques malades et la trachéotomie faite à temps a dissipé l'asphyxie due au spasme laryngé; d'ailleurs en voici deux cas : le premier dû à M. Muselier (1), le second dû à M. Chaput (2).

OBS. XI. — M..., brocheuse, 23 ans, entrée à l'hôpital de la Pitié, salle Cruveilhier.

Antécédents héréditaires. — Père épileptique et alcoolique, mère hystérique avec attaques. Ils eurent quinze enfants dont sept morts de méningite, de convulsions ou de tuberculose.

Antécédents personnels. — Santé bonne jusqu'à 7 ans; à 9 ans attaque nocturne avec morsure de la langue et perte de connaissance complète; à 10 ans fièvre intermittente soignée à l'hôpital Trousseau. Elle fut réglée à 13 ans et depuis toujours très régulièrement; à 15 ans elle eut des signes de chloro-anémie. Elle entra dans le service du professeur Charcot pour des attaques, elle y est soignée par des douches, de l'électricité et de la teinture de mars tartarisé; à 20 ans, congestion pulmonaire soignée à Lariboisière, puis réapparition des attaques. Au mois de mars dernier elle fut prise d'accès de suffocation et conduite à l'hôpital Saint-Louis; elle dut subir la trachéotomie. La canule fut maintenue en place pendant six semaines.

Peu après nouvelle congestion pulmonaire, la malade,

1. Muselier. *Spasme laryngé avec asphyxie. Trachéotomie. Gaz. Médicale de Paris*, 31 oct. 1891.

2. Chaput. *Op. cit.*

qu'elle s'était jamais bien remise depuis; n'a plus d'attaques mais a toujours des accès de suffocation. Le 27 mai dernier elle fut prise sur la voie publique d'un violent accès de spasme qui nécessita son transport à la Pitié où l'interne de garde lui fit la trachéotomie d'urgence.

Les signes extérieurs étaient ceux de l'asphyxie imminente; il y avait de la cyanose avec perte de connaissance qui paraissait complète.

Cependant, la malade affirme avoir entendu ce qui se disait autour d'elle.

Le 28 mai. — A l'examen de la malade, on reconnaît que la vision du côté droit était abolie; l'œil gauche présentait un strabisme intense.

Réflexe pharyngien aboli. Pas de troubles de l'odorat ni de l'ouïe.

Sensation gustative diminuée sur la moitié gauche de la langue.

Lésions pulmonaires au sommet droit.

Le 29 mai. — Bien que la canule soit maintenue, elle fut prise d'un accès de suffocation, ce qui montra bien la nature nerveuse de ces accès.

Le 2 juin. — La canule est enlevée, la plaie se referme sans complications.

Le 15 juin. — La malade part pour le Vésinet et depuis on n'en a plus de nouvelles.

Alors, M. Muselier se pose la question suivante :

Étant donnée l'origine nerveuse des accidents, n'y avait-il pas lieu de surseoir à l'opération et d'attendre la fin du spasme ?

En effet, on sait que suivant une loi physiologique tout

spasme des canaux doit prendre fin avec l'épuisement même de leur contractilité, et celle-ci doit toujours disparaître avant la mort, c'est-à-dire avant l'asphyxie totale. Comme réponse, on peut dire que la décision à prendre dans ce cas n'avait pour base que l'urgence de la situation et l'état asphyxique très apparent dans lequel se trouvait la malade.

OBS. XII. — Hystérique porteur d'un rétrécissement du champ visuel et ayant du cornage d'une façon constante.

A certains moments, il a des accès de suffocation terrible, la respiration est pénible, surtout l'inspiration.

La déglutition est difficile, les accès surviennent surtout la nuit; le patient a alors la face violacée, il chancelle pris de vertige.

Rien d'anormal nulle part.

Devant des accidents qui se répétaient d'une manière inquiétante, M. Chaput fit la trachéotomie.

A l'ouverture de la trachée, on fit une exploration avec le doigt qui aussitôt fut saisi par un spasme violent. M. Chaput plaça une canule pour agir surtout sur l'esprit du malade.

Puis, quelques jours après elle fut retirée et le malade guérit complètement. Néanmoins, l'opérateur avait eu la main forcée par la gravité de la situation.

A l'étranger nous trouvons aussi des observations d'attaques de spasmes mortelles. La première est d'autant plus intéressante qu'elle a trait à une hystérie mascu-

line. L'histoire de ce malade a été publiée par M. le professeur Leo de Bonn (1).

OBS. XIV. — Jean St..., tailleur, né en 1872.

Père bien portant.

Mère souffre de céphalalgies.

Pas de sœurs ni de frères. Le malade ordinairement bien portant souffre cependant de maux de tête et a des vertiges surtout le matin au moment du lever. Il n'a pas de vomissements ni de troubles urinaires.

A 11 ans, chorée surtout marquée dans le bras gauche et la moitié gauche de la face; trois semaines après guérison.

Le 8 mars 1890. — Après un coup sur la tête les convulsions reviennent.

Elles débutaient par les doigts, puis atteignaient le bras et la jambe gauches, le malade fut admis à la clinique médicale.

Les mouvements choréïques qui s'étaient montrés dans le bras et la jambe gauche se manifestèrent dans le domaine de la branche supérieure et plus tard de la branche inférieure du facial gauche. Le muscle trapèze fut aussi pris. Ces mouvements s'amendèrent sous l'effet du bromure de potassium.

Le 9 avril 1890. — Le tremblement et les secousses diminuèrent six jours après le bras gauche et la jambe gauche étaient revenus à leur état normal, celle-ci était

1. Leo. *Tod durch glottiskrampf bei Hysteria virilis*. *Deust. med. Wochenschrift*, 24 août 1893, n. 34, p. 810.

repoussée en dehors pendant la marche. Au bout de quelques semaines l'état était normal. En 1892, les tremblements reviennent, ils sont accompagnés de vomissements, cette période dure six semaines.

Puis santé normale jusqu'au 7 janvier 1893. A partir de ce jour les contractures réapparurent avec de forts maux de tête; mais sans perte de connaissance.

Le malade fut alors reçu à la clinique médicale et là on fit l'examen suivant : organisme et état mental sains; pas d'anomalités apparentes des organes du thorax et de l'abdomen, on remarquait sur la ligne médiane du crâne vers le milieu de cette ligne un enfoncement d'environ la grosseur d'une pièce de cinq pfennigs.

Il existait du tremblement constant dans le triangulaire du menton, ainsi que des secousses peu apparentes dans le territoire du facial. La langue n'était pas déviée, mais était sortie avec difficulté hors de la bouche; elle avait aussi de légers mouvements choréïques.

On remarquait des contractions toniques et cloniques du bras gauche qui était jeté alternativement en avant et en arrière.

Les contracteurs siègent plus tôt dans les articulations des doigts et de la main et c'est avec peine qu'on les fléchit. Ces crampes gagnèrent la partie supérieure du mollet en même temps que les muscles du tronc étaient contracturés, de sorte qu'il décrivait un arc de cercle très accentué. La force motrice des membres était conservée. Il existait une anesthésie complète des extrémités gauches moins marquée à la tête et à la face; cependant le

contact n'était pas ressenti aussi franchement du côté gauche que du côté droit.

On ne déterminait pas les réflexes tendineux aux bras, ceux des membres inférieurs étaient normaux.

Pas de rétrécissement du champ visuel, réflexe pharyngien conservé. Le 10 janvier au soir le malade eut une très forte crise; la tête fut rejetée en arrière sur ses oreillers, le tronc légèrement soulevé au-dessus du plan du lit.

Les muscles de la face et notamment le triangulaire du menton étaient animés de secousses nombreuses; le tronc et la nuque présentaient des convulsions cloniques. Le bras était en abduction et levé suivant la direction de l'épaule; les extenseurs des deuxième et troisième doigts étaient agités de secousses toniques, de même les muscles de la jambe et du mollet; les pieds étaient en flexion et le quadriceps contracturé. Cette crise se répéta les jours suivants de une à deux fois par jour. Ce malade fut présenté à la clinique par le professeur Schultze qui ne rapporta pas la cause de ces phénomènes à une lésion organique du cerveau. Ce qui combattait l'idée de tumeur cérébrale, c'était l'absence de toute paralysie et l'état du malade dont la céphalalgie n'avait pas progressé, on ne pouvait accepter l'idée d'une sclérose ou d'un ramollissement du cerveau vu la durée de la maladie. Quant à celle d'une thrombose de l'artère sylvienne elle était à écarter, ainsi que celle d'une anomalie du cerveau. Le professeur Schultze conclut donc qu'il s'agissait d'un trouble fonctionnel non produit par la chorée, à cause de l'anesthésie et des héli-contractures; c'était donc à

l'hystérie qu'on devait se rattacher. On institua un traitement par des narcotiques et l'électricité sans qu'un mieux ne se produisît dans l'état du malade. Le 3 février, le malade sortit de l'hôpital sur sa demande et fut amené dans mon service à l'hôpital Frédéric-Guillaume. Là, on lui fit des injections sous-cutanées de bromure d'hyoscine, on commença par la dose journalière de 2/10 de milligramme, dose qui fut portée par la suite jusqu'à 4/10 de milligramme par jour, sous l'influence de ce traitement le malade s'améliora et les contractures disparurent presque complètement. A la fin de février il n'existait plus que des spasmes imperceptibles à la face; au bras ils avaient disparu et étaient beaucoup moins marqués à la jambe; ils allèrent encore en diminuant dans la suite. Cependant l'anesthésie complète des extrémités supérieure et inférieure gauche persistait. Une épingle pouvait être enfoncée profondément dans la masse musculaire sans que le malade ne le sentit.

Le 4 mars, la physionomie de la maladie changea, à 7 heures se produisirent des convulsions cloniques et toniques, violentes dans tout le côté gauche et dans la nuque; elles ne furent pas influencées par une piqûre de morphine et durèrent plusieurs heures. Quand je vis le malade le matin, les convulsions étaient encore considérables, surtout dans le triangulaire du menton où elles affectaient un caractère tonique. La commissure gauche de la bouche était tirée en bas et à gauche. Dans la journée le malade reçut deux injections de morphine; à six heures du soir il se produisit une nouvelle attaque con-

vulsive, violente, qui cependant ne fut pas aussi terrible que celle du jour précédent.

Le malade eut surtout des convulsions dans le bras et la jambe gauche et des spasmes toniques de la nuque. La dyspnée était extrême, l'inspiration difficile et la cyanose considérable.

On remarquait de la dépression au cou, au thorax et à l'abdomen, comme dans l'étranglement.

L'assistant de l'hôpital, le Dr Ludolph, lui pratiqua la respiration artificielle, mais la dyspnée persista et à 11 heures du soir, la terminaison fatale arriva. L'autopsie fut faite, elle montra un œdème et une infiltration trouble du cerveau au niveau de circonvolutions frontales et motrices ; infiltration égale des deux côtés et située en dehors des granulations de Pacchioni. Le cerveau avait une consistance normale. Les poumons étaient œdémateux et comme les autres organes hyperhémisés, d'une couleur rouge foncé.

Le cœur était arrêté en systole et le diaphragme en inspiration, aucun corps étranger, ni œdème dans le larynx. Les cordes vocales étaient en adduction tellement prononcée que l'eau versée dans le larynx ne s'écoulait pas dans la trachée. La muqueuse des cordes vocales inférieures était normale. On ne constatait aucune atrophie musculaire.

Le diagnostic fut donc confirmé par l'autopsie ; car la légère lepto méningite des hémisphères paraît insuffisante pour expliquer les phénomènes.

Un point dans cette observation intéressant à noter en

passant, c'est la participation des muscles de la face aux spasmes.

Sous le titre d'un « cas grave d'hystérie, on trouve dans le *St-Petersburgen med. chirurg. Wochenschrift*, 1894, un article de Hæckel (1), où il est question d'une jeune fille de 12 ans, qui ayant été toujours bien portante dans son enfance et étant très intelligente pour tout ce qu'elle entreprenait, fut prise à l'âge de 12 ans, au moment de l'apparition des règles, d'une douleur très vive dans la région inguinale gauche. Quelque temps après, toujours du même côté, apparut sur le visage, dans la région sous-orbitaire, une traînée rouge sombre de la largeur du doigt et très douloureuse à la pression. Cette raie était saillante et au bout de 24 heures, elle se recouvrit d'une croûte. Le Dr Petersen, qui fut consulté, diagnostiqua une maladie de la peau.

Les règles restèrent irrégulières et les traînées rouges de la peau persistèrent avec des alternances jusqu'à l'âge de quinze ans avec une recrudescence au moment des règles. Sur le conseil du Dr Séverin la malade se présenta à la consultation du Dr Hackel au mois de septembre de l'année précédente. Elle présentait des taches allant du rouge sombre au rose tendre, larges de un demi à un centimètre, et longues de trois à quatre centimètres étendues parallèlement les unes aux autres et situées au niveau de la région sous-orbitaire, sur la joue. Elles ne s'effaçaient pas par la pression et étaient très

1. Hackel, *Über einen schweren fall von hysteric. St-Petersburgen med. Wochens.*, 7 mai 1894.

douloureuses. Si l'on exerçait une pression plus forte au niveau de ces taches on produisait des phénomènes moteurs dans les masses musculaires de la moitié gauche du corps que la malade ne pouvait empêcher. Il se formait des rides sur le front, la paupière s'ouvrait et se fermait, le bras s'étendait et était porté vers le dos; les doigts se fléchissaient et s'étendaient. Plus tard la malade présenta du spasme laryngé qui put être dissipé difficilement avec le pinceau faradique; cet état dura deux mois. Puis à une nouvelle apparition des règles se montra une toux spasmodique avec respiration de Cheyne-Stokes suivie de vomissements. Elle est souvent reprise à la suite d'un accès de toux, d'un violent spasme laryngé qui est dissipé encore avec le pinceau faradique.

Comme troubles de sensibilité chez cette malade on constatait une perte de la sensation du chaud du côté gauche et conservation de la perception du froid du même côté. A la main gauche sur la face dorsale et palmaire anesthésie complète, tandis que les doigts et le bras étaient hyperesthésiés. A la mamelle gauche existait une petite zone d'anesthésie au milieu d'une plaque hyperesthésique. L'odorat était supprimé à gauche et conservé à droite. Rien à la vue. A la suite de nouvelles règles la malade ressentit une violente douleur, au côté gauche à la région ovarienne elle eut une nouvelle attaque avec arc de cercle, attitudes passionnelles et hallucinations. Ces attaques duraient de trois quarts d'heure à une heure et se reproduisaient cinq à six fois par jour, la plus courte attaque fut de huit minutes.

Pendant ces attaques le spasme laryngé fut tel que l'on

fut obligé de recourir à l'électricité. Puis ces phénomènes convulsifs disparurent peu à peu, et en janvier ils firent place à de nouveaux troubles trophiques qui apparurent sous forme de taches rouges sur le bras après avoir été précédés de violentes douleurs.

M. le Dr Sollier, que nous avons consulté pour ce travail, a bien voulu nous confier le cas suivant, nous l'en remercions vivement.

Bien qu'il n'y ait pas eu à proprement parler mort ; cette observation est quand même démonstrative, car elle montre combien de peines et d'efforts M. Sollier dut déployer pour sauver son malade.

OBS. XV. — Le jeune D. S..., âgé de 6 ans 1/2, fils d'un père ayant présenté passagèrement des troubles mentaux de nature peu déterminée et d'une mère extrêmement nerveuse, est atteint depuis deux ans environ d'une affection de la hanche que les uns ont prise pour une coxalgie vraie, les autres pour une coxalgie hystérique. La démarche ressemble en effet à celle de la coxalgie ; l'enfant ne peut s'appuyer que sur la pointe du pied, le genou à demi-fléchi, la jambe en rotation en dehors avec raccourcissement apparent du membre inférieur droit. Les moindres mouvements pour allonger le membre font basculer le bassin et provoquent une douleur extrêmement vive qui fait pousser des cris de terreur à l'enfant. Cependant en détournant son attention on constate qu'il y a une exagération évidente. On ne constate aucun empâtement de la hanche, et il n'existe aucun point douloureux.

L'enfant est extrêmement intelligent, très nerveux, sujet à des peurs nocturnes, à des hallucinations. Devant la divergence de vue des médecins et des chirurgiens qui avaient examiné l'enfant je demandai qu'un examen sous le chloroforme fut pratiqué; mais le père, quoique médecin, s'y refusa, et l'enfant me fut confié avec le diagnostic de coxalgie hystérique. Après un examen approfondi je rejetai ce diagnostic et je pensai qu'il y avait contracture du psoas-iliaque. Vu la rareté d'un pareil siège et l'absence de tout stigmate hystérique (ce qui d'ailleurs peut se rencontrer chez les enfants) et malgré que l'enfant se soit, sous l'influence de l'isolement et de l'hydrothérapie, sensiblement amélioré au point de vue général et même au point de vue de la marche, je restais très hésitant sur la nature de cette contracture. Quand un soir, voulant constater si l'on pouvait allonger davantage le membre inférieur et analyser la démarche, je remarquais que l'enfant avait l'air bizarre et le regard vague et tout à coup pendant que je le tenais debout il se renversa en arrière, les yeux et la tête convulsés à droite et présentant des convulsions dominant à droite. Je pensai que cela jugeait la question et j'attendis que la crise se passât tout en cherchant à me rendre compte si sous cette influence les mouvements du membre inférieur droit redevenaient normaux comme amplitude. Au bout de 20 minutes la crise parut se calmer, les convulsions s'espacèrent, les yeux toujours un peu convulsés se rouvrirent légèrement. Mais ce ne fut qu'un calme très passager, et aussitôt les convulsions reprirent avec une nouvelle intensité prédominant tantôt à gauche, tantôt à

droite et alternant aussi d'intensité. Au bout de deux heures rien ne pouvait enrayer la crise, ni l'éther, ni les sels, ni la pression de points frénateurs qui d'ailleurs n'existaient pas, ni les affusions d'eau froide. L'enfant, cependant, commençait à s'épuiser manifestement, la respiration était moins profonde, un peu haletante, le pouls plus petit, la face pâle et le corps couvert d'une sueur froide. Les extrémités se refroidissaient peu à peu. Bientôt la respiration devint nettement suffocante; la mâchoire présentait du trismus très difficile à vaincre, on entendait des râles dans la trachée. Les respirations s'espacèrent et il était visible que l'enfant s'engouait et asphyxiait. Avec un écarteur je parvins à ouvrir les mâchoires; en plaçant la tête de l'enfant en bas je ramenai avec le doigt les mucosités qui s'accumulaient dans l'arrière-gorge et dans la trachée; pendant ce temps on pratiquait l'électrisation du thorax et la respiration artificielle. Or, à ce moment il n'y avait plus d'inspirations que sous l'influence de la faradisation des muscles intercostaux et du diaphragme; l'asphyxie complète était imminente. Le visage était cyanosé, couvert de sueur froide, les yeux vitreux, la conjonctive insensible. Sous l'influence de la faradisation et de l'extraction des mucosités accumulées dans le pharynx; l'enfant se mit à respirer quoiqu'encore irrégulièrement et à d'assez longs intervalles. La crise prit fin et il s'endormit paisiblement. La crise avait duré deux heures et pendant près d'une heure l'engouement et l'asphyxie s'étaient produits.

L'enfant au réveil ne conserva aucun souvenir de sa crise. Il ne s'agissait pas d'un accident épileptiforme, il

n'y eut ni cri, ni morsure de la langue, ni stertor, ni écume sanguinolente, ni miction involontaire.

Quelques jours après, je le rendis à sa famille sans que sa coxalgie parût modifiée, bien qu'il pût alors marcher beaucoup plus facilement. A la suite de cette crise, il n'avait, à aucun moment, récupéré la totalité des mouvements du membre inférieur, et il n'était pas douteux pour moi qu'il s'agissait d'une affection organique non de la hanche, mais du bassin; la névropathie et l'hystérie ne faisaient qu'exagérer les symptômes douloureux et fonctionnels. Je sus plus tard, en effet, que cet enfant avait été opéré un an après, d'un abcès de la fosse iliaque, ce qui confirmait mon diagnostic de contracture du psoas-iliaque.

M. le professeur Fournier, qui voulut bien nous faire l'honneur de signer notre thèse, nous confia qu'il avait été témoin, il y a une quinzaine d'années, d'un fait de même nature, qui le frappa beaucoup.

Obs. XVI. — C'était une jeune étrangère de 20 ans, hystérique avérée, ayant épuisé le calice de l'hystérie.

Toutes les manifestations hystériques s'étaient succédé chez elle, attaques convulsives, paralysies, contractures, spasmes laryngés, etc... Elle était venue à Paris pour y consulter un de nos premiers maîtres.

Cette jeune fille était infirme par le fait d'une contracture permanente des muscles de la région postérieure de la jambe.

Cette contracture avait amené à la longue une rétrac-

tion tendineuse, et le pied se trouvait en varus équin ; à tel point que la face dorsale se continuait en ligne droite avec l'axe de la jambe, si cette jeune fille avait pu se tenir debout elle aurait marché sur la pointe de ses orteils. Plusieurs fois déjà elle avait eu des spasmes laryngés, qui avaient inquiété la famille ; elle restait plusieurs minutes sans respiration, inanimée, et c'était avec beaucoup de difficulté qu'on la faisait revenir à elle. M. le professeur Fournier, qui était le médecin d'un des parents de cette malade, fut appelé en toute hâte une nuit pour se rendre auprès de cette personne. Lorsqu'il arriva, il fut frappé de son aspect, elle offrait le spectacle de la mort, les yeux étaient convulsés en haut et en arrière, on ne voyait que le blanc de la sclérotique ; la peau était froide, la respiration complètement arrêtée, le pouls et les battements cardiaques imperceptibles. La famille raconta qu'elle avait été prise tout d'un coup dans son sommeil d'un de ces ictus laryngés auxquels elle était sujette. M. le professeur Fournier lui fit la respiration artificielle, des flagellations d'eau froide sur la figure, des applications de pointes de feu, le tout sans résultat et sans que la malade ne donnât signe de vie ; tout le monde dans son entourage la considérait déjà comme morte. Ayant fait demander un marteau et de l'eau bouillante, M. le professeur Fournier fit plusieurs applications du marteau de Mayor sur le creux épigastrique ; au bout de quelques secondes, il se produisit une longue inspiration suivie d'une autre après un assez long intervalle.

On continua de lui faire de la révulsion sous cette forme et la jeune fille sortit enfin de cet état syncopal.

Cette fois-ci, elle était sauvée. Toute cette scène avait duré 20 minutes environ.

Quelque temps plus tard, M. le professeur Fournier apprit qu'elle avait succombé dans une attaque de spasme laryngé absolument identique à celle que nous avons décrite, peut-être n'avait-on pas pu faire à temps, comme la fois précédente, une médication rapide et énergique.

Tout dernièrement, à l'hôpital Tenon, il s'est passé un fait dans le service du D^r Gaillard, que nous publions avec toutes les réserves possibles.

OBS. XVII. — Voici de quoi il s'agit : Une nommée T..., âgée de 19 ans, fleuriste. Entrée le 28 décembre 1895, salle Claude Bernard, était une hystérique avérée. Soignée à l'âge de 16 ans à l'hôpital Saint-Antoine, pour mutisme et hémiplégie droite hystérique, elle fut guérie par la suggestion ou plutôt conservait encore une certaine faiblesse du bras et de la jambe du côté droit et un peu d'embarras de la parole.

Jamais elle n'eut d'attaques convulsives.

Le 24 décembre.— Subitement, la malade est reprise de son mutisme sans hémiplégie, et elle entre à l'hôpital le 28.

On constate du côté du système nerveux une hyperesthésie droite, une contracture du visage du côté droit, une déviation des globes oculaires à gauche et une notable diminution de la force musculaire du côté droit. Le réflexe pharyngé fait défaut.

La malade traîne la jambe en marchant ; elle tire difficilement la langue, entr'ouvre avec peine les mâchoires et déglutit mal. Les liquides ne remontent pas par le nez,

mais refluent par les commissures labiales. La malade n'émet aucun son.

Tous ces signes diminuent les jours suivants ; la marche est plus facile et il y a émission de quelques sons inarticulés.

La déviation des yeux a disparu et le rictus qui, du reste, cédait pendant le sommeil, a disparu également.

Appareil circulatoire et respiratoire. Rien d'anormal.

Appareil digestif en bon état.

On nourrit la malade en introduisant par les narines avec une sonde urétrale 1 à 2 litres de lait par jour.

Dans la nuit du 12 au 13 janvier 1895, vers 3 heures du matin, la malade est prise brusquement d'un accès de suffocation ; elle avait dégluti un peu de pain le soir vers les 5 heures. Elle présentait de la dyspnée, du tirage, de la cyanose et du refroidissement des extrémités.

Le pouls était petit. Pas d'autres signes physiques.

Des inhalations d'éther calment la dyspnée et font disparaître la cyanose.

On dispose près de la malade tout ce qui est nécessaire pour la trachéotomie.

Une heure avant, la température était montée à 40°, elle persiste. A l'auscultation, on entend un souffle au niveau de la bronche gauche.

Le lendemain 15 janvier, elle meurt presque sans qu'on s'en aperçoive.

L'autopsie fut faite et l'on trouva :

L'appareil digestif et l'appareil circulatoire sains.

Aucun corps étranger dans la trachée, mais le pöumon droit était hépatisé avec quelques petits foyers tuberculeux au sommet.

Le poulmon gauche l'était aussi, mais moins, et il était en outre emphysémateux.

Comme on le voit, cette femme portait aux poulmons des lésions capables d'entraîner la mort, mais il est rare cependant de voir une terminaison aussi brusque dans les phlegmasies pulmonaires, surtout lorsque le cœur est sain, ce qui est le cas ici.

On est donc en droit de se demander si les attaques de spasmes laryngés qu'a eues manifestement cette femme les jours précédant l'ascension thermique n'ont pas apporté une gravité toute spéciale à la situation et si la mort survenant brusquement un jour après la constatation de la fièvre et des signes pulmonaires n'a pas été hâtée par un état spasmodique permanent de la glotte.

On voit donc d'après ces observations que l'attaque convulsive, lorsqu'elle revêt le caractère spasmodique et que les spasmes siègent sur les muscles de l'appareil phonateur et respiratoire, est loin d'être toujours inoffensive, que la mort peut très bien être une terminaison à laquelle il faut songer. Aussi, loin de rester impassible devant une crise hystérique, confiant dans son pronostic toujours favorable, faut-il agir promptement et souvent avec beaucoup de persévérance, comme l'ont fait M. le professeur Fournier et le Dr Sollier sous peine d'assister peut-être à un dénouement fatal.

Une autre conclusion qui découle de la gravité des attaques de spasmes c'est la crainte de les provoquer imprudemment et cela en particulier pour l'hypnotisme.

En effet, nous ne partageons pas au sujet du sommeil hypnotique l'avis de l'école de Nancy qui veut l'assimiler

au sommeil naturel. Pour nous, l'hypnotisme produit un sommeil pathologique différent du sommeil par une anesthésie complète.

Si l'on fait l'analyse des urines comme l'ont fait MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau, on trouve la formule urinaire de l'attaque d'hystérie, c'est-à-dire chute de l'urée et inversion de la formule des phosphates. Ce sommeil hypnotique n'est donc qu'un équivalent de l'attaque, et ceci est tellement vrai que l'on voit quelquefois succéder à l'hypnotisation une attaque convulsive.

Or, comme nous l'avons vu, on ne sait jamais comment vont finir ces attaques et le fait que nous avons relevé dans le *Pester Medicinische Chirurgische Presse* (1) (1894) en est une preuve.

C'est le cas d'une jeune fille morte pendant l'hypnose.

Le rapport médico-légal fait par le Dr. Andréas Jozsa, lorsque l'affaire vint devant les tribunaux, nous donne quelques détails sur cette jeune fille.

C'est une nommée Ella S., âgée de 22 ans, très nerveuse depuis longtemps.

Cet état de nervosisme allait en augmentant, sans doute à cause de certaines pratiques de spiritisme assez en honneur dans la contrée.

À ce sujet, le Dr. Jozsa raconte un épisode de la vie de ce sujet :

« Ella S. souffrait depuis longtemps d'une céphalée persistante :

« L'année précédente, dit-il, je fus appelé auprès d'elle

1. *Lovrich. Tod während der hypnose. Pester Medicinische Chirurgische Presse*, n° 39, 1894.

« pour ces maux de tête qui duraient depuis deux semaines.

« Durant ce temps, la malade ne mangeait plus ; sitôt qu'elle prenait quelque aliment elle le rendait. Les douleurs étaient augmentées par la moindre lumière ; elles n'étaient calmées que par les bains chauds.

« Le Dr Kusmos, médecin en chef de Kisvada, appelé par moi, fut d'avis que tous les médicaments échoueraient, car c'était un trouble nerveux, et il désira suggestionner par l'hypnose à la malade de prendre des aliments ; ce qui fut fait. Le Dr Kusmos lui ordonna de prendre du thé et du café au lait à des heures convenues et la malade les demanda elle-même à ces mêmes heures.

« Dans cette circonstance, l'hypnotisme fut pour nous un moyen héroïque de salut.

Le Dr Jozsa ajoute qu'il se rendit auprès de la famille de la morte, aussitôt qu'il le sût, afin d'examiner le cerveau.

L'autopsie judiciaire ne fut pas faite sur la demande de la famille, bien que ce fût indispensable.

Cependant, tout le monde, et en particulier le professeur Laufenauer, était convaincu qu'il n'y avait pas de lésions organiques et que c'était de la névrose pure.

Le cerveau était exsangue et très infiltré, mais rien qui pût expliquer la mort subite. D'après ces lésions, on porta le diagnostic d'anémie et d'œdème cérébral.

Quant à l'hypnose faite par Neukomm qui a causé l'accident, le Dr Jozsa ne peut donner aucun détail n'y ayant pas assisté et il ne peut conclure.

Heureusement que le Dr Lövrich (assistant d'Anatomie

pathologique), appelé dès la mort de S..., put recueillir des détails bien autrement intéressants ; il les réunit dans un mémoire qu'il présenta au moment du procès.

Il fut désigné par la famille pour faire l'autopsie du cerveau.

Arrivé chez le père de cette jeune fille, il apprit qu'elle était une hystéro-épileptique se livrant à des pratiques spirites.

Médium distinguée, elle se prêtait elle-même à toutes les hypnotisations.

Or, dans la dernière hypnose, elle eut une attaque convulsive très violente et elle mourut.

Malheureusement, comme il a été dit plus haut, la famille s'opposa à toute autopsie judiciaire.

Nous terminerons ce chapitre en indiquant encore une façon de mourir subitement, par phénomènes hystériques, bien qu'à vrai dire, ce fait soit tout à fait exceptionnel. Nous voulons *parler de l'attaque à forme d'angine de poitrine*.

Autant l'angine de poitrine vraie est redoutable et souvent mortelle, autant la fausse est sans gravité.

Cependant, encore une fois, nous voyons qu'il n'y a rien d'absolu dans le pronostic des manifestations hystériques. M. le professeur Potain cite à une clinique, faite à l'hôpital de la Charité, deux cas d'angine de poitrine par spasme artériel suivis de mort et à l'autopsie desquels rien ne fut trouvé (*Médecine moderne*, 25 octobre 1893).

1. Professeur Potain. *Méd. moderne*, 25 oct. 1893, page 103.

CHAPITRE II

L'anorexie (perte de l'appétit) peut être une des manifestations multiples de l'hystérie, admirablement décrite pour la première fois en France par Lasègue (1), en 1873, qui préférait lui donner le nom *d'inanition hystérique*.

L'anorexie fut étudiée la même année en Angleterre, par W. Gull, qui lui consacra un mémoire à la réunion du 24 octobre 1873, de la *British Medical association*. Depuis la maladie de Lasègue-Gull (2), fut reprise par M. P. Sollier qui en fit le sujet de divers travaux et notamment celui qu'il publia dans la *Revue de médecine*, en 1891 (3), et auquel nous nous reporterons souvent dans le courant de ce chapitre. MM. Gilles de la Tourette et Cathelinau s'occupèrent beaucoup de cette question au point de vue de la nutrition chez les hystériques (4).

Disons tout d'abord que dans l'anorexie hystérique il y

1. Lasègue. *De l'anorexie hystérique*. *Archives générales de médecine*, 21 avril 1873, p. 385.

2. Voir le « *The British Med. Journal* », 1873, t. II, p. 537.

3. P. Sollier. *Anorexie hystérique (sitiergie hystérique), formes pathogéniques, traitement moral*. *Revue de médecine*, t. XI, août 1891, p. 625.

4. Gilles de la Tourette et Cathelinau. *La nutrition dans l'hystérie*.

Il faut donc distinguer l'anorexie secondaire et l'anorexie primitive. La première n'est qu'une conséquence d'accidents hystériques siégeant sur le tube digestif, tel que contracture de l'œsophage et du pharynx, menant les malades à refuser les aliments. Dans l'anorexie primitive l'estomac n'est pas touché primitivement par la névrose, l'élément psychique est en première ligne, les lésions de l'estomac n'arrivent que secondairement.

Cependant l'opinion de M. Sollier voulant que dans l'estomac des anorexiques se trouvent des zones d'anesthésie est logique, puisque les manifestations hystériques ne se produisent guère sans trouble de sensibilité.

L'anorexie primitive est donc une anorexie mentale, et comme le dit Sollier (1) : « c'est vraiment l'élément psychique qui est l'élément essentiel ; et il ajoute, le terme anorexie est mauvais ; car il ne l'indique pas. Pris dans son terme étymologique il signifie simplement, perte du sens de l'appétit et de la faim ; tandis qu'en réalité, au sens clinique, l'anorexie pour être constituée exige quelque chose de plus : le refus systématique de l'alimentation. Il est comparable à la sitiophobie des aliénés, mais en diffère surtout par les motifs. »

Le début de l'anorexie primitive et celui de l'anorexie secondaire ne sont donc pas les mêmes ; mais lorsque les phénomènes d'inanition ont apparu ces deux anorexies suivent la même marche, quelquefois fatale. Nous décrivons seulement, l'anorexie primitive en entier, elle seule relève de notre sujet.

1. Sollier, *op. cit.*, p. 625.

L'anorexie vraie semble être surtout l'apanage du sexe féminin ; le plus souvent nous voyons les observations avoir trait à des jeunes filles de 12 à 20 ans. De plus, c'est ordinairement la première manifestation de l'hystérie, et l'absence complète de stigmates a été plusieurs fois constatée ; ce qui rendait le diagnostic plus difficile encore.

Pour Lasèque, l'anorexie serait une perversion mentale, or il est certain que cette forme de la névrose se manifeste spécialement chez les individus où l'hystérie se trouve associée avec ce que l'on appelle la dégénérescence mentale.

« L'anorexie dont la cause échappe souvent naît brusquement par une idée fixe avouée ou dissimulée mais, dit Lasèque (1), d'autres fois on en est réduit aux conjectures sur les causes occasionnelles, soit que la jeune fille ait intérêt à se renfermer dans ce mutisme, soit qu'en réalité la cause première lui échappe. »

Il est encore d'autres motifs qui conduisent les hystériques à l'anorexie, M. Sollier les a parfaitement mis en lumière c'est tantôt la coquetterie, pour faire diminuer un embonpoint exagéré, chez d'autres la macropsie leur faisant voir les aliments plus volumineux qu'ils ne le sont en réalité elles ne se sentent pas le courage de les entamer. Enfin il en est encore chez qui toute espèce de raison manque, qui ne mangent pas parce qu'elles ne veulent pas manger, et qui répètent avec l'entêtement des

1. Lasèque. *op. cit.*

hystériques « lorsque elles disent quelque chose elles le font et savent bien ce qu'elles veulent. »

En réalité, le refus de s'alimenter repose donc surtout sur une idée fixe, qu'à l'inverse des aliénés vrais les hystériques ne peuvent pas justifier.

L'anorexie une fois constituée, comment évolue-t-elle ?

Lasèque nous apprend qu'elle s'établit par degrés.

L'hystérique diminue un peu son alimentation, qu'elle réduit encore au bout de quelques semaines. Elle espace ses repas, recherchant certains mets et rejetant les autres ; puis, la répugnance à s'alimenter suit sa marche progressive, la maladie entre alors dans sa deuxième période.

Dans cette période l'organisme supporte encore assez bien cette privation d'aliments, sans doute, parce que la diminution a été graduée et la décroissance très lente. Pendant ce temps, l'hystérique au lieu d'être abattue et fatiguée, fait montre au contraire d'une alacrité peu ordinaire ; elle marche sans repos et dit n'être jamais fatiguée ; elle a un besoin de mouvement tout à fait extraordinaire.

Tout ceci ne l'empêche pas de vivre dans la quiétude la plus parfaite, ne se préoccupant pas de sa guérison, différente en cela des autres anorexiques qui s'ingénient à trouver un aliment qui vainct leur dégoût. »

A la fin, la tolérance de l'économie s'épuise et l'anorexie passe à sa troisième phase.

Les règles d'abord insuffisantes se suppriment tout à fait, c'est l'annonce des autres complications. Les parois de l'abdomen se rétractent et le palper indique une dimi-

nution de l'élasticité, ce qui arrive toujours dans les inanitions prolongées.

La constipation est de plus en plus marquée, elle devient opiniâtre et ne cède plus aux purgatifs ; la peau est sèche et rugueuse, sans souplesse ; le pouls est fréquent, l'amaigrissement fait des progrès rapides.

Les malades sont forcées de prendre le lit, si elles se lèvent, elles ont des vertiges et des syncoques. On entend au cœur un bruit de souffle cardio-vasculaire d'origine anémique ; enfin, il se déclare quelquefois des phénomènes nerveux spasmodiques. Le sommeil disparaît et les malades tombent dans une sorte de demi-coma, la déchéance organique s'accroît de plus en plus et l'amaigrissement, dit Charcot, « atteint des proportions véritablement extravagantes, les malades ne sont plus, sans amplification, qu'un squelette vivant ; et quelle vie ! La torpeur cérébrale succédant à l'agitation factice du début. Depuis longtemps, la marche et la station sont impossibles, les malades sont confinées dans leur lit où elles ont peine à se mouvoir, la tête roule comme une masse inerte sur l'oreiller, les extrémités sont froides et cyanosées. On se demande comment la vie peut persister au milieu d'un pareil délabrement.

Arrivées à ce point, M. Sollier fit remarquer au congrès de Lyon, 1894, que si l'on intervient seulement alors par l'alimentation forcée, les malades continuent à maigrir, l'estomac n'étant plus capable de faire subir aux aliments les modifications qui sont indispensables pour permettre l'absorption intestinale. Alors la terminaison

fatale est normale, et Charcot pour sa part en a été témoin quatre fois (1).

Nous ne parlerons pas des guérisons spontanées, ni des cas favorables où l'on est intervenu à temps. Nous n'avons à nous occuper que des malades ayant succombé après avoir voulu manger trop tard parce que comme dans l'inanition expérimentale, l'organisme n'était plus apte à assimiler la nourriture fournie.

Le diagnostic sera souvent difficile à faire de ces malades d'avec les véritables aliénés; mais chez eux, il existe un délire systématique, une idée fixe qu'ils expliquent en vertu de laquelle ils ne mangent pas, rien de tout cela chez l'hystérique.

Un chapitre important à connaître dans l'histoire de l'anorexie hystérique, ce sont les modifications apportées dans l'organisme par cet état d'inanition volontaire.

Jusqu'en 1888, époque à laquelle MM. Gilles de la Tourette et Cathelinau publièrent leurs recherches *Sur la nutrition dans l'hystérie*, il était admis que les hystériques, à l'encontre des autres êtres, pouvaient rester des semaines, des mois sans manger, et sans que leur nutrition générale ne fût gênée.

On invoquait souvent l'opinion de Briquet que les hystériques, vomissant tout ce qu'elles prenaient, ne se dénutritionnaient pas. Cependant, Briquet (2), rapportant un cas de mort dans des vomissements à forme douloureuse,

1. Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, 1887, p. 240.

2. Briquet. *Traité de l'hystérie*, p. 261.

dit : « Les parents et le médecin doivent être bien avertis que quand cette forme de gastralgie se déclare, il faut à tout prix l'arrêter dans son principe, autrement la mort et la mort affreuse est inévitable ». En 1873, M. le professeur Charcot, étudiant l'ischurie hystérique, montra la relation étroite qui l'unissait aux vomissements (1).

Il notait le petit volume de l'urine et le faible taux de l'urée excrétée en 24 heures, chez les malades atteintes de vomissements hystériques, et il vit qu'il existait une balance entre les vomissements et la quantité d'urine excrétée.

Des expériences de M. Fernet (2) confirmèrent ces faits. On peut, avec M. Gilles de la Tourette, formuler cette loi, dans l'anorexie primitive comme dans l'anorexie secondaire les excréta urinaires liquides et solides sont au prorata de l'alimentation.

En 1876, M. Empereur (3) dans sa thèse de Paris *Sur la nutrition dans l'hystérie* se fait le défenseur de l'ancienne théorie, voulant que les hystériques aient une résistance spéciale à l'abstinence. Il se pose cette question, les fonctions de digestion, de sécrétion et d'excrétions urinaires, de circulation s'opèrent-elles chez les hystériques comme chez le type normal ? Et il répond (4) : « Tout le monde sait que pour vivre il faut

1. Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, p. 288.

2. Fernet. *De l'oligurie et de l'anurie hystériques et des vomissements qui les accompagnent*. *Union médicale*, 17 avril 1873, p. 566.

3. Empereur. Thèse de Paris, 1876, p. 5.

4. Empereur. *Op. cit.*, p. 6.

manger, nous subissons en effet tous les jours par notre travail, soit physique, soit moral, soit intellectuel, des pertes proportionnelles à la force que nous avons déployée pendant ce travail quel qu'il soit et ces pertes nous sommes obligés de les réparer en prenant au monde extérieur des substances capables d'être introduites dans notre économie et de s'y substituer après une élaboration préalable aux matériaux qui en sont sortis. Les hystériques semblent échapper à cette loi car elles *vivent et ne mangent pas.* »

Il l'explique en disant que les hystériques ne maigrissent pas, parce qu'elles ne déperdent pas et que ne déperdant rien il leur est inutile sinon nuisible de manger. Il ajoute à propos des vomissements hystériques « nous ne pouvons partager l'avis des médecins qui considèrent ces vomissements comme très redoutables, et nous doutons fort qu'on ait jamais vu une hystérique mourir d'inanition. » Malgré les affirmations de M. Empereur on voit dans les observations mêmes qu'il a publiées une malade perdant en sept mois vingt-cinq livres de son poids.

C'est alors que M. Gilles de la Tourette, reprenant dans le service de M. Charcot l'étude de la nutrition dans l'hystérie, démontra que les hystériques en dehors des paroxysmes ont une nutrition normale ; chez eux les excréta urinaires sont superposables à ceux des sujets sains par rapport au kilogramme d'individu. Lorsque l'hystérique ne mange pas l'amaigrissement est constant et proportionnel, du reste dans toutes nos observations on voit une diminution notable du poids.

L'idée soutenue par M. Empereur s'explique parce qu'il jugeait les malades sur leur mine et qu'il ne les pesait pas.

C'est grâce aux travaux déjà cités qu'il fut démontré que malgré l'abondance des vomissements les hystériques gardaient toujours un peu des aliments ingérés, sans cela elles seraient mortes de faim. Les selles devenant rares et les règles se supprimant dans les cas graves, cela n'indique pas que la désassimilation ne se fait pas; mais qu'elle s'effectue au prorata des matières ingérées. L'organisme se défend contre l'autophagie en diminuant ses sécrétions et ses excrétions.

A la troisième période de l'anorexie, lorsque la malade est dans son lit immobile les échanges se restreignent encore plus, les respirations sont peu fréquentes, le pouls diminue et la température s'abaisse. Le corps se refroidit, en un mot c'est l'inanition. Malgré ce retard dans les échanges nutritifs, à un moment donné l'organisme succombe et la mort survient. Il faut donc conclure de tout ceci que les hystériques sont des êtres semblables aux autres; qu'ils ont besoin de manger pour vivre, sans cela ils meurent de faim.

Au premier abord les anorexies hystériques mortelles semblent rares en effet, on en trouve peu d'observations publiées.

Mais ce n'est là qu'une apparence, en réalité les cas mortels sont plus fréquents qu'on ne le pense. Cela tient à ce que l'anorexie hystérique se voit peu à l'hôpital et que l'on ne l'observe généralement que chez les malades de la ville. Il est encore une autre raison de cette appa-

rente rareté ce sont les erreurs de diagnostic commises si souvent à ce sujet. Combien de fois en effet les anorexies hystériques n'ont-elles pas été rangées parmi les vésanies.

Briquet dans son *Traité de l'hystérie* dit avoir observé deux cas de mort par gastralgie hystérique par suite de défaut d'alimentation. Dans le premier cas l'état maladif avait duré plusieurs années. Dans le deuxième, la mort avait eu lieu assez rapidement par inanition et précédée d'accidents aigus qui accompagnent ordinairement la privation d'aliments.

Charcot, dans sa clinique sur l'isolement comme traitement de l'hystérie, rapporte cinq cas de mort, d'anorexie hystérique dont il aurait été témoin; mais malheureusement il ne donne pas de détails.

Voici un cas complet dû à M. Lockart Stephens et publié par lui dans « *The Lancet* » (1).

OBS. I. — Une jeune fille de 16 ans fut admise dans « *The Ensworth Cottage Hospital* », le 10 mars 1888, sous prétexte d'une extrême émaciation. A son admission, c'était une grande et intelligente jeune fille, de belle complexion, avec de beaux cheveux et une expression quelque peu triste, ressemblant étrangement, comme dans le cas du Dr Stephens Mackenzie, à une face de diabétique. Les gestes étaient très simples et sa conversation presque enfantine. Si elle avait été nourrie suffisamment, le corps et les membres se seraient normalement développés. La poitrine n'avait pas atteint son entier développement et

1. Lockart. *The Lancet*, 5 janvier 1895. *Anorexia nervosa. Mort.*

contrastait avec le reste. Elle pesait 56 kilogrammes. Après des examens attentifs et répétés on ne trouva aucune trace de lésions dans les organes du thorax et l'abdomen. Elle allait à la selle tous les deux jours. La densité de l'urine était de 1018, elle était acide sans trace d'albumine, de sucre ou d'autre substance anormale. Ses dents étaient bonnes, la langue était rouge et nette, l'abdomen sensiblement rétracté non douloureux au toucher. Les lèvres étaient crevassées à cause de l'habitude qu'avait la malade de les lécher. Bien qu'elle n'eut pas d'aversion pour certains mets elle préférait les gâteaux et les bonbons, mais n'en prenait que très peu à la fois. Dix mois avant son admission à l'hôpital la malade était une jeune fille remarquablement faite, pleine de santé et d'intelligence et digne d'attirer l'attention, ce qui faisait qu'elle était la préférée de ses maîtresses et de ses camarades.

Graduellement et sans cause apparente elle montra de la répugnance à prendre la même nourriture que le reste de la famille ainsi qu'à manger aux mêmes heures des repas. Quand elle arriva à l'état d'émaciation, qui la fit admettre à l'hôpital, elle soutenait encore qu'elle était tout à fait bien et qu'elle n'avait besoin d'aucun traitement. Elle aidait sa mère dans les soins de la maison, mais elle aimait mieux se promener et ne semblait jamais fatiguée même après de longues marches. Son père et sa mère existaient encore, cette dernière était très nerveuse et subissait l'influence de la malade qui, étant la seule fille de six enfants, était par cela très gâtée. Ma première impression avant d'examiner l'urine fut que j'avais à compter avec un cas de diabète, bien que ce

fut avec beaucoup d'hésitation; n'ayant jamais vu chez les diabétiques ou dans toute autre maladie tant de force physique associée à un tel épuisement chez une personne aussi mal nourrie. Ne trouvant d'autre symptôme que de la consommation j'arrivais à cette conclusion que j'étais en présence d'un cas d'inanition volontaire chez un sujet bien portant par ailleurs. Je n'avais pas lu alors la dernière observation de M. Gull dont le cas est signalé par *the Lancet* du 17 mars 1888. Comme cette jeune fille n'était sous aucun contrôle bien que chez elle je demandai à ses parents de lui permettre d'aller au « Cottage Hospital » leur disant qu'il était urgent qu'elle y fût transportée. Là il lui fut ordonné de garder le lit, le corps et les membres enveloppés avec de l'ouate; toutes les 4 heures elle reçut une nourriture peptonisée et tout exercice lui fut défendu.

Au début elle se laissa soigner facilement; mais au bout de quelques jours elle refusa tout traitement, devint sombre et triste, pleurant et réclamant sa mère, qui vivait à peu de distance de là. Il en résulta que malgré les avis contraires la mère vint tous les jours la voir. A partir de ce moment elle commença à perdre ce qu'elle avait gagné et ne prit plus qu'une très faible quantité de nourriture. Le 2 avril à 6 heures du matin la garde nota qu'elle était plus faible et qu'elle n'avalait qu'avec difficulté du lait et des œufs. A 8 heures du matin elle s'affaissa subitement, et quand on l'examina quelques minutes plus tard voici ce que l'on constata: extrême faiblesse, yeux fixes, pupilles dilatées et insensibles, ainsi que la conjonctive. Les respirations étaient au nombre

de 12, la température était de 96° F. (35,5 centigr.) le pouls était à 60, il était imperceptible à la radiale et à la tibiale postérieure, très faible dans les artères axillaire et fémorales. Les extrémités étaient livides et froides avec une odeur de cadavre, on lui fit des injections hypodermiques de brandy tous les dix minutes, de linges de flanelle chaude furent appliqués à l'épigastre et des bouillottes d'eau chaude furent mises autour du tronc des pieds et des mains. Au bout de 20 minutes le pouls devenait plus fort et pouvait être senti aux poignets. Une amélioration peu marquée se montra vers 11 heures du matin, les extrémités étaient chaudes ; mais l'haleine était froide, alors on passa une sonde dans l'œsophage et l'on introduisit 10 onces de lait aussi chaud que possible.

Presqu'immédiatement, la respiration devint plus forte et peu après la malade montra des signes de connaissance si bien qu'à 11 h. 40, elle était capable de parler et de comprendre ce qu'on lui disait.

Dans l'après-midi, elle se souleva sur ses épaules et sur ses talons pour qu'on changeât ses draps.

A minuit, on remarqua que la respiration devenait plus fréquente et moins profonde, cet état s'aggrava et peu à peu elle mourut à 2 h. 30 au matin, le 3 avril. L'autopsie fut faite le 5 avril, 36 heures après la mort, le corps pesait 49 livres, sa hauteur était de 5 pieds 4 pouces. Le corps était entièrement émacié ; il n'y avait plus trace de tissu graisseux à l'exception des seins qui étaient encore arrondis.

En ouvrant l'abdomen, on voyait la face inférieure du lobe droit du foie qui mesurait 87 millimètres.

Verticalement, la face antérieure de l'estomac avait les $\frac{2}{3}$ de son étendue normale allant du cardia à l'extrémité du pylore, qui se trouvait au niveau de l'ombilic, de sorte que l'axe de l'organe était dirigé presque verticalement.

On trouvait trois pouces du côlon transverse, juste au-dessus du pubis dans le grand bassin. Les os de la tête étaient minces, les enveloppes et les vaisseaux normaux, le cerveau était sain et pesait 45 onces $\frac{1}{2}$. Le poumon droit pesait 19 onces, le gauche 11 onces $\frac{1}{2}$, moins congestionné que le droit, tous deux sains. La plèvre contenait 4 onces de liquide clair, le cœur pesait 4 onces, son apparence extérieure était normale, les deux oreillettes contenaient de petits caillots décolorés, le ventricule gauche était sensiblement contracté, le droit était mince et flasque, les valvules étaient en bon état. Le foie pesait 23 onces $\frac{1}{2}$, il était sain. La vésicule biliaire contenait 1 drachme de bile claire et peu consistante, le pancréas pesait 1 once $\frac{1}{2}$, la rate 1 once $\frac{1}{4}$. Les reins pesaient, le droit 3 onces, le gauche 2 onces $\frac{1}{2}$, ils étaient normaux, l'utérus et les ovaires pesaient ensemble $\frac{7}{8}$ d'once.

Nous trouvons encore dans la *Lancette* un cas intéressant d'anorexie hystérique qui appartient à Marshall (1).

Obs. II. — Une jeune fille se disant âgée de 11 ans, mais qui en paraissait presque 14, était admise au « North Eastern Children's Hospital » le 10 mai 1890. Pendant une

1. Marshall, *A fatal case of anorexia nervosa*. The *Lancet*, 19 janv. 1895.

semaine, l'histoire se résume à de l'anorexie et à des vomissements, quatre ans auparavant, elle avait eue les mêmes accidents. On l'examina, elle fut trouvée très amaigrie; mais sans aucun signe de maladie organique. Elle avait l'air sauvage et l'apparence d'une hystérique. Elle était très agitée et refusait toute nourriture; sa force physique était cependant plus grande que ne l'aurait fait supposer son extrême maigreur. L'abdomen était si creux que la colonne vertébrale et le sacrum étaient atteints avec facilité. On lui donnait du lait peptonisé du « beeftea. » par la bouche et en petite quantité, ceci dura deux jours. Dans les dix jours qui suivirent, elle put reprendre un peu de nourriture, mais la diarrhée apparut le treizième jour après son admission. Tout-à-coup son état s'aggrava rapidement, la température s'éleva à 102° F. (39,4 C.) et le quinzième jour après son admission, elle mourut. A l'autopsie, on trouva quelques foyers caséeux à la base du poumon gauche, l'estomac était congestionné avec des ecchymoses éparpillées, les autres organes étaient normaux.

Le cas fut diagnostiqué comme étant probablement de l'anorexie nerveuse; mais malgré la grande maigreur, on ne craignit jamais une issue fatale que deux jours avant sa mort. Ce diagnostic avait été établi sur l'absence de lésions et sur l'absence de diabète, ce qui fut confirmé par l'autopsie. La présence des vieux germes tuberculeux dans les poumons a de l'intérêt en ce que la maladie aurait pu être supposée produite par des tubercules cachés; mais dans le cas actuel, les tubercules étaient trop petits et trop localisés pour avoir été un agent de mort.

Celle-ci a été amenée probablement par inanition, cette dernière avait persisté trop longtemps pour que le traitement systématique et régulier, qui avait été commencé, eût pu amener la guérison.

Sir W. Gull a enregistré un cas mortel semblable sans aucune autre altération organique qu'une thrombose des veines fémorales.

M. le Dr Sollier, à qui nous devons la si intéressante attaque de spasmes, a publié dans son mémoire un cas grave d'inanition hystérique. Avant de commencer il fait remarquer la tendance qu'ont certaines hystériques à faire de l'anorexie sous une forme grave et la facilité avec laquelle celle-ci récidive une fois guérie.

OBS. III. — Mlle X..., 17 ans.

Antécédents héréditaires. — Nerveux.

Antécédents personnels. — Rien à relever sauf des vomissements bilieux qui la prenaient à la moindre contrariété.

A la suite d'une fatigue, les vomissements augmentèrent, elle se mit alors à manger beaucoup et les vomissements de bilieux devinrent alimentaires. Puis un beau jour elle ne sentit plus la sensation de la faim, elle s'alita alors et ne prit pour toute nourriture que du lait et du champagne. Après tout ceci elle eut des attaques de contracture dans les membres et de l'amaurose pendant 15 jours ; puis une grande attaque d'hystérie. Elle perdit encore le sentiment de la soif et par suite ne mangeait ni ne buvait plus. Les parents de cette enfant faisaient toutes ses volontés et en étaient tout à fait esclaves. Les

vomissements bilieux continuaient et la malade présentait des troubles de la miction et de l'incontinence des matières fécales. Elle avait perdu le sommeil et pendant le peu de temps qu'elle s'assoupissait elle avait des cauchemars et des peurs nocturnes. Elle éprouvait de plus des hallucinations de la vue et de l'amnésie, son poids était de 29 kilogr. Le corps était d'une maigreur squelettique, la peau sèche, les yeux brillants, la face pâle, le pouls filiforme et dépressible. Comme stigmates hystériques elle présentait une diminution de la sensibilité à gauche et de l'anesthésie pharyngienne complète. Malgré cet état de délabrement, la malade put être sauvée par le Dr Sollier grâce à l'isolement et à l'alimentation forcée. Mais on peut affirmer que sans ce traitement énergique la malade serait fatalement morte.

M. Sollier nous a rapporté personnellement les faits suivants :

J'ai vu, nous a-t-il dit, deux autres exemples d'anorexie mortelles, l'un au couvent des Oiseaux, l'autre dans le département de la Sarthe ; il s'agissait dans ce dernier cas d'une anorexie manifestement hystérique. La malade se sentant sur le point de mourir s'écria qu'elle voulait manger et demanda un fromage du pays qu'elle dévora gloutonnement ; le soir même elle mourut.

Wallet (1) dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, publia deux cas d'anorexie où les malades guérissent, il est vrai, mais après être arrivées à un état de déchéance très grave.

1. Wallet. Deux cas d'anorexie hystérique. *Nouv. Icon. de la Salp.*, t. V, n. 5, 1892, p. 276.

OBS. IV. — Mlle B..., âgée de 17 ans était arrivée à l'établissement hydrothérapique d'Auteuil dans un état d'émaciation très prononcé ; les os étaient saillants sous la peau, les muscles très accusés, la peau terne, flasque, froide et visqueuse, les yeux enfoncés dans les orbites, les lèvres boursoufflées, la langue sale, l'haleine fétide. Il existait un léger œdème malléolaire. Les règles étaient supprimées depuis plusieurs mois, la constipation était habituelle. On ne constatait pas chez elle de troubles de sensibilité ni de points hystérogènes, mais il y avait un léger rétrécissement du champ visuel. Le but de cette jeune fille était de ne pas engraisser, l'habitude de ne pas manger n'était plus pénible pour elle. Son poids à l'arrivée était de 27 kil. 670. Elle atteignit peu à peu 34 kil. 70. Là les fonctions naturelles se rétablirent.

OBS. V. — Mlle V..., âgée de 12 ans 1/2, au couvent se trouvant plus grosse que ses camarades, commença à ne plus manger à sa faim, puis au bout de deux ans, elle refusa toute espèce de nourriture, sauf des fruits acides. L'amaigrissement devint alors très prononcé. Interrogée sur les motifs de cette détermination, elle répondit textuellement : « Il y a comme une force qui m'arrête lorsque je veux manger ; après être restée sans manger pendant quelque temps, l'appétit disparut et j'ai été plusieurs mois sans avoir faim du tout, ensuite la faim est revenue. Maintenant je voudrais manger, mais c'est plus fort que moi je ne peux plus, il n'y a que la force qui réussira ou alors qu'on m'ôte cette idée de la tête. » A son entrée dans l'établissement on constatait de l'œdème des che-

viles, une constipation opiniâtre, elle avait le sommeil régulier, son poids était de 34 kilogs. Quand des aliments la tentent, elle les met quelquefois dans sa bouche, puis elle les crache ensuite. On commença à l'alimenter par la sonde, la diarrhée se montra, puis la constipation revint. Enfin l'œdème commença à disparaître et le poids augmenta.

Cette observation nous montre quel genre de conduite on devra tenir vis-à-vis de ces malades.

Cette hystérique avouait elle-même qu'une force en dehors d'elle l'empêchait de manger ; il faudra donc agir si l'on peut sur leur imagination et pratiquer l'alimentation forcée qui réussit dans tous les cas de ce genre pris à temps.

La mort peut être pour ainsi dire subite, et venir à la suite de vomissements ; tel est le cas de l'observation de Robinson rapportée par Blocq (1).

Obs. VI. — Il s'agit d'une jeune fille présentant à l'âge de puberté différentes manifestations d'hystérie, tantôt un symptôme, tantôt un autre.

Après son mariage, ces phénomènes s'atténuèrent puis firent de nouveau leur apparition à l'occasion d'une affection pelvienne, sur laquelle on a peu de renseignements. Les vomissements commencèrent en 1891 et durèrent jusqu'à sa mort en mai 1893. Examinée deux mois avant, il fut impossible de constater aucune trace de maladie organique.

1. Robinson. *Mort subite dans un cas de vomissements hystériques*. *Revue Neurologique*, 30 septembre 1893, p. 511.

Le symptôme principal était des nausées ni précédées ni accompagnées de douleurs, les extrémités étaient froides, la température abaissée. La mort survint une nuit alors que la veille la malade s'était couchée comme d'habitude après avoir pris un peu de nourriture. L'autopsie fut pratiquée 36 heures après et on ne constata rien ni aux poumons ni au cœur, sinon un peu de congestion aux bases et un peu de flaccidité du myocarde.

L'estomac dilaté contenait deux onces de nourriture. Rien d'anormal dans les organes abdominaux.

Le cas fut reconnu comme vomissement hystérique terminé par une mort subite inexplicable.

Nous arrivons à une conséquence éloignée de l'hystérie qui peut aussi avoir une terminaison fatale. L'ulcère rond, dont l'étiologie chez les hystériques a été étudiée, par Gilles de la Tourette (1) et reprise par M. Bruchon (2) dans sa thèse. Ils ont démontré que l'hystérie, qui peut faire des troubles trophiques cutanés et des atrophies musculaires, peut faire aussi des lésions des muqueuses. Or, dans l'estomac, une fois la couche épithéliale détruite, le suc gastrique entame les parois et produit l'ulcère simple. A ce point de vue l'observation de M. Bruchon où l'ulcère rond de l'estomac chez une nerveuse coïncidait avec du pemphigus hystérique est tout-à-fait curieuse. Peut-être existait-il des poussées pemphigoïdes sur la muqueuse de l'estomac. Traitées comme

1. Gilles de la Tourette. *L'ulcère rond de l'estomac dans les hôpitaux de Paris. Statistique et pathogénie. Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 8 juin 1894, p. 393.

2. Bruchon. Thèse Paris, 1894. *De l'ulcère rond, étiologie et pathogénie.*

des hyperchlorhydriques, ces malades ne guérissent pas et s'aggravent, au contraire traitées comme des hystériques par l'isolement et l'hydrothérapie, leur état s'améliore, car la cicatrisation des lésions stomacales dans ces cas est rapide. Cependant l'évolution ne se fait pas toujours de cette manière et pour s'en convaincre il suffit de lire dans la thèse de M. Bruchon l'observation recueillie par M. Bercioux à l'hôpital Necker. C'est celle d'une femme ayant eu des accidents hystériques (névralgies, attaques d'hystérie, etc.), entrée à l'hôpital pour des crises gastriques avec vomissements. Elle s'apprêtait à le quitter très améliorée, quand tout à coup à la suite d'un repas, des phénomènes de péritonite par perforation se déclarent et elle mourut le jour même. A l'autopsie, on trouva une ulcération siégeant à 1 centimètre du cardia.

Il est encore une circonstance d'un ordre tout particulier qui peut amener la mort chez les hystériques et qu'il ne faut pas oublier. Ce sont les opérations pratiquées sur l'abdomen et en particulier l'hystérectomie vaginale.

Cette dernière serait, au dire de M. Sollier, beaucoup plus meurtrière quand les organes sont sains que lorsqu'il existe une lésion. Laissant de côté les dangers à l'opération en elle-même, il explique son opinion en ce que la privation faite à l'organisme d'organes utiles et en pleine activité, apporte plus de trouble au fonctionnement de l'être que l'ablation d'organes dont la maladie a déjà détruit les fonctions physiologiques.

En voici, un exemple qui nous fut raconté par M. Sollier.

Il s'agissait d'une grande hystérique de 35 ans, malade depuis son adolescence, ayant présenté de la coxalgie hystérique, des spasmes laryngés, des contractures, de l'anorexie, des vomissements, des tics, des attaques, des hallucinations, etc., guérie après un séjour assez long chez le Dr Sollier, elle avait pu reprendre ses occupations et n'avait plus ni stigmates, ni accidents. Elle restait seulement sujette à une grande excitation génésique. Elle avait de la leucorrhée, peut-être un peu de métrite pour laquelle on lui fit des pansements et des cautérisations, jusqu'à ce qu'on lui découvrit, paraît-il, une collection dans le cul-de-sac postérieur, elle avait des douleurs extrêmement vives dans la fosse iliaque droite gênant la marche. Très frappée de son état, elle est reprise de vomissements que l'on attribue au péritonisme et vient de province à Paris. On constate dans le service d'un chirurgien spécialisé pour ce genre d'opérations qu'il n'y a rien à l'utérus, ni aux ovaires, ni aux trompes, néanmoins on fait l'hystérectomie vaginale, sans le moindre accident opératoire du reste. On trouve seulement un petit kyste hémorrhagique de l'ovaire droit, point de départ probable des douleurs et sur lesquelles les autres troubles généraux s'étaient greffés. Mais tout à coup il se produisit de l'arrêt des matières et du péritonisme.

On fit un anus contre nature et la malade mourut au bout de cinq jours.

Ceci montre que l'on doit être très sobre d'opération chez les hystériques et ne les tenter que lorsque l'on est persuadé qu'il existe bien une lésion organique, car, avec l'état mental de ces malades on est obligé

quelquefois de résister et de refuser nettement une opération qu'elles réclament avec opiniâtreté.

Vu : le Président de la thèse
FOURNIER.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BRIQUET. — Traité de l'hystérie.
- BESSIÈRE. — Contribution à l'étude du spasme laryngé hystérique. Annales médico-psychologiques, mars 1890.
- BRUCHON. — Ulcère rond. Etiologie et pathogénie. Thèse de Paris, 1894.
- CHAPUT. — Cornage et accès de suffocation chez un hystérique mâle. Spasmes de la trachée. Archives de laryngologie, août 1890.
- CHARCOT. — Leçons sur les maladies du système nerveux.
- COMBY. — Société médicale des Hôpitaux, 22 novembre 1892.
- EMPEREUR. — Thèse de Paris, 1876.
- FERNET. — De l'oligurie hystérique. Union Médicale, 17 avril 1873.
- GILLES DE LA TOURETTE. — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.
- GILLES DE LA TOURETTE et CATHELINAU. — De la nutrition dans l'hystérie.
- GILLES DE LA TOURETTE. — Ulcère rond de l'estomac dans les hôpitaux de Paris. Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, 30 juin 1894.
- HACKEL. — Uber einen scheweren fall von hysteric, Saint-Petersburgen Méd. Wochens., 7 mai 1894.
- JACQUES. — Société de Médecine du département de la Seine, t. XXIX.

- LANGRAAF. — Deut. Méd. Wochens, 1890, p. 42.
- LASEGUE. — De l'anorexie hystérique. Archives générales de Médecine, 21 avril 1873.
- LÉO. — Tod durch glottis. Krampf. hysteria virilis. Deut. Méd. Wochens, n° 34, 24 août 1893.
- LOVRICH. — Tod während der hypnose. Pester Méd. Chirurg. Presse, n° 39, 1894.
- LOCKART. — Anorexia nervosa. The Lancet, 5 janvier 1895.
- MARSHALL. — A fatal case of anorexia nervosa. The Lancet, 19 janvier 1895.
- MOLLIÈRE (Humbert). — De la mort subite pendant la crise hystérique. Lyon médical. n° 43, 1883.
- MORGAGNI. — Edition de l'encyclopédie des sciences médicales, T. III, 1838, de la montée de l'utérus.
- MUSELIER. — Spasme laryngé avec asphyxie. Gazette médicale de Paris, 31 octobre 1891.
- POTAIN. — Médecine moderne, 25 octobre 1893, page 1030.
- RAYNAUD (Maurice). — Note sur un cas d'hystérie à forme hydrophobique. Bull. et mémoire de la Soc. Méd. des hôpitaux, 28 janvier 1881.
- ROBINSON. — Mort subite dans un cas de vomissements hystériques. Revue neurologique, 30 septembre 1893.
- RULLIER. — Recherches sur quelques sujets de médecine. Thèse de Paris, 1808.
- P. SOLLIER. — Anorexie hystérique. Revue de médecine. t. XI, août 1891.
- VESALE. — Andreæ Vesalii, Bruxellensis, Scholæ Medicorum Patavinæ professoris, de humani corporis fabrica libri septem, chap. XV.
- WALLE. — Deux cas d'anorexie hystérique. Nouv. Icon. de la Salp., t. V, n° 5, 1892.

